

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

241

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Mars 1901, à 1 heure

PAR

P. CHÉRUT

Né à Reims, le 28 août 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE OMBILICALE

ÉTRANGLÉE

CHEZ L'ADULTE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

NETTER et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 6 Mars 1901, à 1 heure

PAR

P. CHÉRUT

Né à Reims, le 28 août 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE OMBILICALE

ÉTRANGLÉE

CHEZ L'ADULTE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. REMY, professeur.

NETTER et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

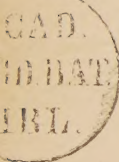
PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	BRISAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD HAYEM
Maladies de enfants	DIEULAFOY
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale	GRANCHIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux ..	FOURNIER RAYMOND
Clinique chirurgicale	BERGER DUPLAY
Clinique ophtalmologique	LEDENTU TILLAUX
Clinique des maladies des voies urinaires ..	PANAS GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A mon Père et à ma Mère

Je dédie cette thèse inaugurale, comme
un témoignage public de ma pro-
fonde reconnaissance.

À mon Frère et Ami

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE .

Le Docteur Desprez (1807-1891)

A MA GRAND'MÈRE :

Madame veuve Desprez

Hommage d'une vive gratitude.

A tous mes Amis

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur Tillaux

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Introduction.

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier la hernie ombilicale étranglée. Assurément, ce sujet n'est pas nouveau au point de vue anatomique et clinique, et nous ne pourrions que répéter ici, en envisageant ce côté spécial de la question, ce que les auteurs classiques ont mieux décrit que nous ne pourrions le faire nous-mêmes.

Mais, nous avons tenu à envisager d'une façon toute spéciale la question thérapeutique qui fut fort discutée il y a quelques années, et qui depuis semble avoir été oubliée. Évidemment, il n'est plus douteux aujourd'hui, que l'on ne saurait discuter la question de l'intervention dans l'étranglement de la hernie ombilicale ; c'est un fait universellement admis, que toute hernie étranglée de l'ombilic, de même que les autres variétés de hernies, doit être opérée et cela le plus tôt possible ; mais nous avons été étonné, au cours de nos recherches bibliographiques, de voir combien la question des résultats obtenus à la suite de la Kélotomie pour hernies ombilicales étranglées avait été laissée de côté.

Cantonnant nos recherches à la littérature française, nous ne trouvons aucun travail publié depuis 1888, sur les résultats du traitement de la hernie ombilicale étran-

glée. Il nous a donc paru intéressant, de rassembler le plus grand nombre possible d'opérations pratiquées pour des hernies ombilicales étranglées, et de voir les résultats obtenus. Ce sera le point original de cette thèse, celui que nous désirons mettre particulièrement en relief, tout en faisant cependant, une étude complète de la hernie ombilicale étranglée.

Mais, avant d'entrer en matière, nous tenons à remercier publiquement les maîtres qui nous ont guidé au lit du malade et qui ont bien voulu nous diriger dans nos études médicales.

Nous avons gardé un souvenir ému d'un maître vénéré, M. le professeur Lefort. Grâce à lui et à son chef de clinique, M. Villemain, nous avons acquis les premières notions de l'art chirurgical.

Nous avons trouvé près de M. Gérard-Marchant, à l'hôpital Tenon, un accueil bienveillant, et nous nous rappellerons toujours avec plaisir sa douceur envers les malades et la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

De tous les services hospitaliers que nous avons fréquentés, nous ne pouvons passer sous silence ceux de MM. Troisier, Letulle et Petit, nous leur devons une grande partie des connaissances acquises.

Le peu de mois que nous avons passés auprès de M. Blum, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, nous a cependant permis d'admirer son sang-froid et son habileté opératoire, et de profiter de ses leçons cliniques. Nous l'en remercions ici vivement.

Nous voulons aussi remercier M. Netter, médecin de l'hôpital Trousseau, de nous avoir familiarisé avec l'étude de la pathologie infantile.

M. Bar nous ouvrit les portes de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine et nous initia aux difficultés de l'obstétrique ; nous nous souviendrons de ses sages conseils.

Nous n'oublions pas l'année trop courte que nous avons passée à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le docteur Tapret. Nous l'assurons de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt et l'amitié qu'il nous a toujours témoignés.

Nous tenons à exprimer nos remerciements à M. le docteur Auvray qui nous a inspiré cette thèse, et nous en a facilité l'étude par ses conseils ; nous nous empressons de reconnaître que c'est grâce à lui que nous avons pu mener à bien ce travail. Nous le lui dédierions spécialement s'il était plus complet.

Je tiens à exprimer ma gratitude à MM. les docteurs Arrou, Bouglé, Faure, Michaux et Schwartz, ainsi qu'à M. le professeur Terrier, qui ont bien voulu, soit nous communiquer leurs observations, soit nous autoriser à faire des recherches dans les registres hospitaliers de leurs services.

M. le professeur Tillaux nous a fait l'insigne honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse, nous l'assurons de notre respectueuse reconnaissance,

Chapitre I

Anatomie Pathologique

Une division des plus importantes s'impose tant au point de vue de la marche des accidents dans l'étranglement, que de la difficulté que présente l'acte opératoire dans les deux cas, et des résultats obtenus à la suite de la kélotomie. C'est la division en *grosses hernies* et en *hernies de petit volume*.

Par grosses hernies, j'entends ces hernies observées surtout chez de vieilles femmes, obèses, pouvant atteindre une tête d'adulte et ayant souvent « perdu droit de domicile » dans l'abdomen depuis longtemps. Quelque effort que l'on fasse pour les réintégrer dans l'abdomen, même en dehors des périodes d'étranglement, on n'y peut parvenir ; or, dans ces hernies, la marche de l'étranglement a des allures toutes spéciales, sur lesquelles nous aurons bien soin d'insister au chapitre suivant, car la connaissance de ces notions est indispensable pour le médecin.

De plus, on conçoit que dans le cas de hernies volumi-

neuses, l'opération présente de réelles difficultés sur lesquelles nous ne saurions trop nous arrêter.

C'est dans ces cas que le chirurgien se trouve en présence d'une masse volumineuse d'intestin, dont les anses sont adhérentes aux parois du sac, adhérentes à l'épiploon, adhérentes entre elles, intimement fusionnées, enfouies au milieu d'une véritable gangue fibreuse, dans laquelle il faut, pour ainsi dire, les sculpter, si l'on veut en faire la libération complète. La besogne, en effet, est loin d'être facile, et parfois même fort dangereuse pour la vitalité des parois de l'intestin ; en tous cas, elle est toujours longue, ce qui n'est certes pas une condition favorable pour mener à bien une opération pratiquée chez des sujets profondément affaiblis, comme le sont en général les malades porteurs de ces volumineuses hernies étranglées.

N'oublions pas aussi que souvent, la paroi abdominale rétractée derrière la masse herniaire ne permet pas la réintégration des viscères herniés dans l'abdomen, et enfin, rappelons que la peau, dans le sillon qui sépare la face inférieure de la tumeur de la paroi abdominale, est le siège dans ces volumineuses hernies, d'intertrigo et d'excoriations qu'une seule désinfection arrive difficilement à bien nettoyer. On est obligé d'opérer hâtivement, car le temps presse et la désinfection de la peau ne peut être faite avec tout le soin désirable ; le sujet ne peut être préparé comme lorsqu'on opère à froid une hernie ombilicale c'est encore là une condition qui assombrit le pronostic opératoire, en exposant les malades à l'infection du péritoine.

Dans le cas de hernie de petit volume, ou de moyenne dimension, les choses se passent autrement. Ces hernies ont, au point de vue de l'étranglement, une marche tout à fait différente de celle que présentent les hernies de gros volume ; nous y insisterons d'ailleurs, au chapitre suivant : la hernie, réductible ou non, n'a « pas perdu droit de domicile » dans l'abdomen, les adhérences bien qu'existant à des degrés divers, ne seront pas, au moment de l'intervention, une source réelle de difficultés ; l'opération pourra être menée rapidement et terminée par la cure radicale.

En somme, il importait, dans ce chapitre, de mettre en opposition les hernies de gros volume et celles de petit volume, tant au point de vue de la marche des accidents de l'étranglement, qu'à celui des difficultés et du pronostic de l'opération faite chez des sujets qui sont souvent dans un état général très grave.



Chapitre II.

Étiologie et marche de l'étranglement dans la hernie ombilicale.

D'après Bryant, sur 100 cas de hernies étranglées, il y aurait 50 inguinales, 44 crurales et 6 ombilicales seulement. Gosselin, dans ses « Leçons sur les hernies » explique la rareté de l'étranglement par ce fait que « les « viscères sortent par un orifice naturellement fibreux qui « s'élargit et devient souple à force de laisser passer la « hernie, et ne possède plus la rigidité qui serait nécessaire pour devenir un agent d'étranglement. De plus, « le péritoine qui forme le sac, s'allongeant, et se distendant beaucoup, est sans doute moins apte à subir au « niveau du collet, la transformation qui le rend inextensible et qui détermine l'étranglement par le collet du « sac. »

C'est chez les femmes que l'étranglement de la hernie ombilicale se rencontre de préférence ; en effet, sur les 45 cas que nous avons pu réunir dans notre statistique,

nous trouvons 43 femmes et 2 hommes. L'âge est ici un facteur important, car la moyenne de nos sujets avait dépassé la soixantaine. Tous étaient obèses, la plupart emphysémateux, quelques-uns enfin diabétiques.

Si l'étranglement, dans les hernies ombilicales, est plus rare que dans les hernies inguinales et les hernies crurales, cela tient à l'évolution particulière de cette hernie; la marche est d'autant plus lente, en effet, que la hernie est plus volumineuse.

En effet, l'étranglement aigu ne se rencontre que dans les hernies ombilicales récentes et de petit volume, tandis que dans les vieilles hernies volumineuses, irréductibles depuis longtemps, « l'inflammation » est plutôt de règle; mais, s'il se produit une entéroccèle nouvelle derrière les masses épiploïques anciennes, l'étranglement siègera de préférence sur cette anse nouvelle (Tillaux). D'ailleurs, les phénomènes inflammatoires en s'aggravant, accroissent le volume de l'intestin et peuvent à eux seuls amener un étranglement passif secondaire.

On ne peut décrire un « mécanisme type » de l'étranglement de la hernie ombilicale, car si l'étranglement est souvent produit par le collet du sac et l'anneau ombilical qui se confondent, il n'est pas rare de voir l'intestin étranglé à l'intérieur même du sac par des brides de nouvelle formation dues à des poussées inflammatoires; un volvulus de l'intestin grêle, maintenu par une adhérence mésentérique a été signalé par A. Cooper et dans un cas de Benno Schmidt, l'étranglement siégeait sur une anse

qui, primitivement engagée avec une grande masse d'intestin dans une hernie ombilicale, avait fait retour dans l'abdomen au travers de l'anneau et s'y était étranglée ; les diverticules secondaires qui se forment aux dépens du sac initial, ou encore les diverticules propéritonéaux, peuvent être également le siège d'étranglements ; à ce sujet nous empruntons le passage suivant à la communication de M. le professeur Terrier (Soc. de chirurgie, janv. 1884).

« L'intestin rentrait dans l'abdomen par l'orifice
« herniaire, mais au lieu d'être libre dans la cavité périto-
« néale, on le voyait s'engager aussitôt en avant du péri-
« toïne dans le tissu cellulaire sous péritonéal, en arrière
« des muscles de la paroi abdominale antérieure. Il des-
« cendait ainsi jusqu'au milieu de la ligne s'étendant de
« l'ombilic au pubis, puis remontait et se continuait enfin
« avec le bout inférieur de l'intestin grêle. Il existait donc,
« indépendamment, du sac sous-cutané, un autre sac
« propéritonéal. et la partie d'intestin qui y était engagée,
« présentait un calibre moitié moindre que celui offert par
« l'intestin grêle à l'état normal. Étant donné la com-
« plexité de la disposition des anses dans un sac cloisonné
« sous-cutané, puis dans un sac propéritonéal, il n'est pas
« difficile de comprendre le facile arrêt des matières et les
« difficultés que nous avons rencontrées. . . . »

Symptômes de l'étranglement de la hernie ombilicale

« Dans la pratique, toute hernie ombilicale même volumineuse, devenue depuis peu de temps, complètement irréductible, qui s'accompagne de vomissements et d'une impossibilité de rendre des gaz et des matières par l'anus, doit être considérée comme étranglée » (Duplay et Reclus).

En même temps, l'individu qui en est porteur est pris plus ou moins subitement de douleurs vives avec irradiations dans l'abdomen. La hernie, qui était encore réductible auparavant, a cessé de l'être ; en même temps, elle est devenue plus dure, tendue, volumineuse.

Nous reportant à la division admise en anatomie pathologique, nous décrirons la marche de l'étranglement dans les hernies de gros volume et dans les hernies de petit et moyen volume.

Les différences sont essentielles, ainsi que nous allons le voir, non-seulement au point de vue des symptômes, mais encore au point de vue de l'intervention.

Nous diviserons donc les hernies ombilicales étranglées en :

Hernies petites et moyennes ;

— volumineuses.

Quelle que soit la cause de l'étranglement (collet du sac resserré par l'anneau ombilical dans les petites hernies ;

brides inflammatoires formant des coudures ou des volvulus de l'intestin, ou bien encore adhérences de l'épiploon ou des diverses anses intestinales entre elles ou avec le sac), ce qui importe peu d'ailleurs au point de vue de l'intervention, celui-ci aussitôt constitué, s'accompagne d'un cortège de symptômes particuliers pour chaque espèce de hernie.

I. Hernies de petit et moyen volume. — Les hernies ombilicales de petit volume, présentent, lorsqu'elles sont étranglées, les mêmes symptômes que les hernies inguinales et crurales, c'est-à-dire qu'elles présentent une marche aiguë.

Le début de l'étranglement, dans ces petites hernies, est en général « brusque » ; la hernie, qui était à peu près maintenue par un bandage, à la suite d'un effort ou bien d'un accès de toux, a déplacé celui-ci et l'intestin a envahi le sac herniaire. La hernie est devenue subitement plus volumineuse qu'elle ne l'était auparavant, elle est aussi plus gonflée que d'habitude ; il se produit en même temps une douleur plus ou moins vive ; le malade, effrayé, cherche à réduire sa hernie, mais elle est plus tendue que d'ordinaire, et il n'observe pas non plus au toucher la même sensation de gargouillement et de mollesse.

A ce moment, s'ils n'existent pas déjà, apparaissent les troubles digestifs : ce sont tout d'abord des nausées et quelquefois des vomissements réflexes. Le malaise ne tarde pas à augmenter, en même temps que s'accroissent

les nausées et qu'apparaissent de faux besoins d'aller à la selle : quelquefois cependant, l'occlusion n'est pas totale et il peut se produire de légères évacuations gazeuses. Bientôt la situation ne tarde pas à s'aggraver, l'étranglement de la hernie est arrivé à la période d'état.

L'examen de la hernie, à ce moment, nous montre une tumeur, dure, tendue, plus ou moins saillante et soulevant la peau.

La palpation est douloureuse et provoque généralement la défense du malade ; on peut même dire que la douleur est le symptôme qui domine tous les autres dans l'étranglement, car cette douleur qui, tout au début était localisée au pédicule de la hernie, gagne bientôt tout le ventre qui, par l'arrêt des matières et des gaz, ne tarde pas à se ballonner ; la palpation donne à la main une sensation de rénitence ; la percussion permet, le plus souvent, de reconnaître de la matité.

Si nous faisons tousser le malade, nous ne sentons pas son sac herniaire se gonfler comme il le faisait avant l'étranglement, ce n'est plus de l'impulsion qui se produit, c'est plutôt une sorte de choc en masse, produit par la projection de la paroi abdominale.

Les symptômes digestifs et abdominaux continuent à s'accroître ; l'arrêt des matières et des gaz est maintenant absolument complet. Ce n'est d'ailleurs qu'au bout de 24 heures environ, que ce symptôme présente une grande importance. Cependant, dans l'étranglement aigu par pincement latéral de l'intestin, on observe toujours de la

diarrhée qui, pour M. Le Dentu, doit être attribuée aux « transsudations qui se font dans le bout inférieur d'un intestin étranglé près de son extrémité supérieure. »

Des vomissements peuvent être spontanés et muqueux, ou bien alimentaires s'ils sont provoqués par l'ingestion de quelques aliments ; enfin ils deviennent bientôt fécaloïdes et sont accompagnés de hoquets d'un fâcheux pronostic.

Si à ce moment l'intervention par le bistouri, n'a pas rendu le libre cours aux matières fécales et aux gaz qui soulèvent et distendent la paroi abdominale, l'état général devient de plus en plus mauvais, la fréquence des vomissements est plus grande ; une dépression complète des forces succède au malaise et à l'anxiété du début ; la respiration se fait difficilement ; le malade, oppressé, ne fait plus que de courtes inspirations qui se rapprochent de plus en plus ; le cœur a des faux pas ; le pouls est petit et rapide, il devient en même temps de plus en plus irrégulier et dépressible. Le malade ne s'oxygène plus suffisamment, son visage est cyanosé, ses extrémités se refroidissent, les téguments sont terreux ; les urines étaient d'abord rares et albumineuses, elles sont maintenant supprimées et c'est au milieu de ces symptômes effrayants que la mort vient enlever le malade.

II Hernies volumineuses. -- La caractéristique des hernies ombilicales est qu'elles *augmentent graduellement et très lentement*. Elles peuvent ainsi devenir très

volumineuses et le cas n'est pas rare où elles atteignent les dimensions d'une tête d'adulte ; on en a même signalé d'énormes, dans lesquelles se trouvait une grande partie des viscères de l'abdomen.

Ce sont là des hernies qui, en quelque sorte, ont « perdu droit de domicile » et dont nous nous occuperons spécialement au sujet de l'intervention, car leur réduction est sinon impossible, du moins très difficile et très laborieuse, vu la présence des nombreuses adhérences qui se sont établies, soit entre les différentes anses intestinales, soit entre le sac lui-même et ces anses, ou des brides qui partagent le sac en plusieurs loges et contre lesquelles peut s'étrangler l'intestin.

Le volume énorme de ces hernies peut être produit, comme l'a démontré M. le professeur Duplay (thèse d'agrégation 1886), soit par le développement anormal et l'hypertrophie de l'épiploon, soit encore par l'introduction de nouveaux viscères.

Ces hernies sont devenues peu à peu irréductibles, et cette irréductibilité détermine consécutivement une inflammation lente qui se caractérise par des douleurs continues quoique de peu d'intensité. Il existe en même temps, de la constipation, de légères nausées, quelquefois même de véritables vomissements, mais les gaz continuent à être évacués par l'anus.

L'étranglement s'établit *sournoisement* et peut mettre quelquefois plusieurs semaines avant d'être définitivement constitué ; nous sommes loin, on le voit aisément, de la

marche aiguë qui caractérise l'étranglement dans les hernies ombilicales de petit volume ; ici c'est un *étranglement progressif*.

Le malade qui, la plupart du temps a déjà subi un certain nombre de crises de péritonite herniaire, essaye tout d'abord les moyens qui lui ont autrefois réussi ; il cherche à faire céder son obstruction soit par des lavements, soit par le repos dans le decubitus dorsal ; il y réussit quelquefois ; dans ce cas, il se produit alors une rémission ; les fonctions de l'intestin sont à peu près rétablies. Dans le cas contraire l'occlusion intestinale est définitivement constituée ; les accidents sont cependant de peu d'intensité, et en face d'un début si peu précis on peut simplement se croire en présence de phénomènes d'inflammation ou de péritonite herniaire ; mais ce doute ne peut subsister que pendant les quelques jours où les symptômes sont encore vagues ; le chirurgien doit alors intervenir, car « il y aurait moins d'inconvénient à croire à un « étranglement qui n'existe pas, qu'à méconnaître un « étranglement véritable » (Duplay-Reclus).

Diagnostic

Il est des cas où l'étranglement de la hernie ombilicale n'est pas douteux ; vomissements, douleurs en général assez vives irradiées dans le ventre et apparaissant plus ou

moins subitement, joints aux autres signes sur lesquels nous avons insisté au chapitre, « Symptômes » sont en général suffisants pour affirmer que l'on se trouve en présence d'un véritable étranglement d'une hernie ombilicale.

Il est cependant des cas où l'étranglement est difficile à affirmer et où une péritonite herniaire fréquente dans la hernie ombilicale peut en imposer, surtout si l'on a affaire à une hernie volumineuse, irréductible depuis longtemps déjà ; la marche des accidents sera moins rapide, et les vomissements au lieu de devenir rapidement fécaloïdes, resteront bilieux ; l'obstruction intestinale dans ce cas n'est pas complète, comme dans l'étranglement total.

L'erreur cependant est possible, surtout dans les cas où l'exomphale étranglée était méconnue. Nous croyons intéressant à ce sujet de rappeler une curieuse observation communiquée par M. P. Laure à la Société des Sciences Médicales de Lyon, en 1874.

« Il s'agissait d'une femme de 60 ans atteinte d'insuffisance tricuspide avec asystolie, ascite et anasarque ; après avoir inutilement employé les diurétiques, Laure se décida à ponctionner l'abdomen. Trois jours après la ponction, la malade se plaint de douleurs au niveau de la piqûre et il survient en même temps des vomissements bilieux ; on constate alors une rougeur éryzipélateuse qui est combattue avec succès par des applications de perchlorure de fer. Les douleurs et les vomissements persistant, on les attribue à une péritonite, complication rare, mais néanmoins possible à la suite des ponctions ; on emploie alors l'opium,

la glace, les frictions mercurielles belladonnées. Le septième jour après la ponction, la cicatrice ombilicale, que l'on croyait simplement distendue par le liquide ascitique, se rompt, et il se forme un anus artificiel à ce niveau; la malade succombe le 9^e jour. On trouve à l'autopsie un étranglement de la deuxième portion de l'intestin grêle. »

Certaines autres affections de la région ombilicale peuvent encore faire errer le diagnostic.

Que l'on se trouve en présence d'une tumeur graisseuse, simplement irréductible, dans ce cas le doute ne serait admissible que s'il y avait en même temps des phénomènes de péritonite pouvant faire croire à l'existence d'une hernie ombilicale étranglée. « Certaines inflammations de voisinage, phlegmons et abcès de l'ombilic on pu également « en imposer et l'on a même pris un abcès de la cavité de « Retzius pour une hernie ombilicale étranglée (Berger) ».



Chapitre III

Historique

Le traitement chirurgical de la hernie ombilicale étranglée de 1861 à 1900

Les chirurgiens, depuis de longues années, ont discuté pour savoir qu'elle était la conduite qu'il importait de tenir en face d'un malade porteur d'une hernie ombilicale étranglée ; fallait-il tenter une opération le plus souvent fatale pour l'opéré ? Valait-il mieux l'abandonner tout simplement à son triste sort ? Le résultat dans l'une ou l'autre alternative, n'était certes pas douteux, c'était la mort à courte échéance.

Aujourd'hui, grâce à l'antisepsie ou plutôt à l'asepsie, il est de règle d'opérer toute hernie étranglée, soit-elle inguinale, crurale ou ombilicale. Il nous paraît cependant intéressant de passer en revue les différentes théories émises au sujet de l'intervention ou de la non-intervention chirurgicale dans la hernie ombilicale étranglée.

En 1861, Huguier soutint à la société de chirurgie qu'il

valait mieux s'abstenir que de faire la kélotomie ; il s'ensuivit une polémique d'autant plus sérieuse, que pour maintenir son assertion, il s'appuyait sur une statistique contestable, et Goyrand d'Aix, Maurice Perrin, Legendre et surtout le professeur Richet combattaient vivement son jugement.

En 1865, le professeur Gosselin, dans ses « Leçons sur les hernies », démontra que c'était sans preuves certaines à l'appui de son opinion que Huguier avait ainsi montré la gravité particulière de la hernie ombilicale, et que cette opération n'était pas plus grave que celle des autres hernies crurales et inguinales, si toutefois elle était pratiquée en temps voulu ; d'après lui les nombreux insuccès ne dépendaient que du retard apporté à l'opération ; aussi croyait-il jusqu'à démonstration du contraire que dans les 48 premières heures, l'étranglement ombilical bien traité n'est pas plus grave que les autres.

M. le professeur Duplay, dans sa thèse de concours en 1866, propose la dilatation ou le débridement de l'anneau sans ouverture du sac, ou bien encore le débridement de l'anneau par une très petite ouverture du sac (procédé de Bryant), quant à l'opération de la kélotomie, suivant ses règles habituelles, il ne faut s'y résoudre qu'en dernier lieu.

Les thèses de MM. Girodolle et Lafon, en 1839, tendent à reprendre les idées formulées par Huguier et acceptées par le professeur Verneuil : pas de kélotomie, il vaut mieux s'abstenir, tel est le résumé de leurs conclusions.

En 1875, la question revient de nouveau à l'ordre du jour, et une discussion a lieu à la société de chirurgie à propos d'une observation de kélotomie ombilicale, suivie de succès, due à Desprès. MM. Maurice Perrin et Le Dentu plaident en faveur de l'intervention chirurgicale, tandis que M. le professeur Verneuil, tend au contraire à rester quand même partisan des opinions de Huguier ; pour lui il ne faut avoir confiance que dans le taxis.

Des opérations de kélotomie suivies de succès, furent encore apportées à la société de chirurgie par Maurice Perrin, Alph. Guérin et Nicaise, aussi Marduel conseillait-il d'opérer l'omphalocèle étranglée, par les méthodes ordinaires avec ou sans ouverture du sac si l'étranglement ne date que de 48 heures, en ouvrant toujours le sac si les accidents remontent à une date plus ancienne.

Un peu plus tard, M. Loupie (thèse Paris), 1880, plaide en faveur de l'intervention hâtive dans la hernie ombilicale étranglée et soutient que, dans ces cas, la kélotomie présente des chances de succès analogues à celles qu'elle offre dans les autres hernies.

De nouveau en 1881, la discussion reprend à la société de chirurgie ; MM. Terrier et Trélat se contentent dans l'étranglement ombilical de faire des débridements multiples étendus de quelques millimètres pour les hernies volumineuses ; ils peuvent ainsi libérer l'intestin et l'examiner, puis réduire et réséquer la plus grande partie possible du sac. Même dans les hernies très volumineuses et irréductibles, on doit tenter la kélotomie

dans les cas où l'intervention paraissait jadis absolument contre-indiquée. Cependant il est nécessaire de diviser au point de vue de l'indication opératoire et du pronostic, les hernies ombilicales, en petites et grosses hernies ; ces dernières, pour Terrier, sont rebelles à la kélotomie.

Desprès prétend que l'étranglement n'est produit que par l'inflammation seule, l'anneau étant toujours large ; pour lui, la seule méthode à employer pour les petites hernies est l'ouverture du sac, pour les grosses hernies, il faut simplement s'en tenir au traitement médical.

« Depuis cette époque dit M. Berger, les chirurgiens se
« sont ralliés à la thérapeutique active que venait de préco-
« niser, M. Terrier, depuis que toute hernie, ombilicale ou
« autre, présentant des symptômes d'étranglement a été
« considérée comme véritablement étranglée. »

Le débridement externe sans ouverture du sac par la méthode de J.-L. Petit ; l'isolement du sac sans que l'anneau soit débridé, préconisé par Desprès, le débridement au travers d'une simple ponction du sac et l'incision directe de l'agent de l'étranglement au niveau du pédicule de la hernie, pratiquées par Th. Bryant et Astley Cooper, sont aujourd'hui des opérations considérées comme dangereuses et inefficaces, « car elles privent le chirurgien
« de la première des garanties que lui donne l'incision
« du sac, c'est-à-dire l'inspection directe de l'état des
« viscères contenus dans la hernie.

Le 28 juillet 1898, dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, M. le professeur Terrier faisait

paraître un article où, tout en se déclarant partisan convaincu de l'opération de la hernie ombilicale étranglée, il déclarait, statistique à l'appui, que cette opération présente une très grande gravité.

Avec MM. Terrier, Frœlich et Lejars nous croyons pouvoir dire que la gravité opératoire tient surtout à ce que le malade, ni le médecin appelé à le soigner n'ont pensé à faire intervenir en temps le chirurgien, car le malade a déjà eu, à plusieurs reprises, de ces phénomènes d'étranglement, qui ont cessé d'eux-mêmes au bout de 24 heures ; c'est donc simplement le retard apporté à l'opération elle-même qui est venu bien des fois assombrir le pronostic.

Ce qu'il faut pratiquer en face d'un étranglement ombilical herniaire, c'est l'intervention chirurgicale hâtive, et, comme preuve adjuvante nous ne saurions mieux faire que de mettre largement à contribution, un article de M Lejars paru récemment (1).

« La kélotomie hâtive est tout aussi urgente dans les
« formes de pseudo étranglement ombilical, que dans
« l'étranglement proprement dit. L'opération sera difficile,
« complexe dans les grosses hernies, c'est vrai, mais c'est
« une raison de plus pour opérer tôt : la kélotomie hâtive
« pourra seule sauver votre malade ; la kélotomie tardive,
« à laquelle vous serez finalement réduit, ne servira qu'à
« l'achever.

(1) Lejars, Chirurgie d'urgence (1899).

« Pour moi, j'écris ces lignes avec une conviction profonde, et qui est basée sur trop de faits pour n'être pas « inébranlable ; j'ai vu, autrefois, la mise en pratique de « la méthode expectante et du taxis répété, j'ai été « maintes fois, dans la chirurgie hospitalière, contraint « d'opérer *in-extremis*, de pauvres femmes, à la dernière « période de la stercorémie, et qu'on livrait au chirurgien « en désespoir de cause, après avoir épuisé tous les « moyens de « perdre du temps. » Souvent la kélotomie « était simple, rapide, facile, elle eût réussi sans la moindre entrave dans les premières 24 ou 36 heures, elle « devenait meurtrière, elle « achevait » la malade, dans « les conditions lamentables où j'étais bien forcé de la « tenter encore. J'ai opéré, d'autre part, des hernies « énormes, adhérentes, gangrénées, chez des femmes « âgées et j'ai guéri mes malades, et tous les fois que j'ai « pu intervenir à mon heure, c'est-à-dire tout de suite, « qu'elle que soit la complexité de l'opération, j'ai eu « d'excellents résultats. Encore une fois, ce n'est pas la « kélotomie qu'il faut craindre, c'est le retard de la « kélotomie. »



Chapitre IV

Taxis

Dans ce chapitre, comme à propos de l'anatomie pathologique, et de la marche des accidents dans l'étranglement, la division en hernies de gros volume et en hernies de petit et moyen volume mérite d'être conservée, car les difficultés de l'acte opératoire sont bien différentes dans l'un et l'autre cas.

Le taxis doit-il être tenté avant le traitement chirurgical ? Il ne saurait en être question dans les hernies volumineuses et nous ne croyons pas devoir en conseiller l'emploi dans les hernies de petit volume. Tout au plus, serait-il permis d'y recourir dans les quelques heures qui suivent l'étranglement de la hernie sans exercer de manœuvres brutales capable de contusionner l'intestin. En tout cas, on ne saurait s'y attarder, et du moment qu'une seule tentative de taxis n'aurait pas réussi, nous conseillons de recourir immédiatement à la kélotomie qui permettra de lever l'obstacle au passage des gaz et des matières et qui sera utilement complétée par la cure radicale de la hernie.

Il y aura le plus grand intérêt dans tous les cas à pratiquer la kélotomie à un moment aussi rapproché que possible du début de l'étranglement, car, s'il est parfaitement établi aujourd'hui, contrairement à ce qu'on pensait autrefois, que la marche de l'étranglement n'est pas plus rapide dans la hernie de l'ombilic que dans les autres hernies, il n'en est pas moins vrai que tout retard apporté à l'opération augmente considérablement les chances d'insuccès, surtout chez les sujets obèses, emphysémateux, exposés aux complications pulmonaires, ayant un mauvais état général comme le sont souvent les malades atteints de hernie ombilicale.

L'indication d'opérer tôt est formelle, aussi bien pour les hernies de petit volume où l'étranglement apparaît brusquement, que pour les hernies de gros volume où l'étranglement, au début, revêt une allure assez insidieuse. Nous ne saurions dans ces cas nous laisser influencer par les termes d'inflammation, de péritonite herniaire, d'engouement souvent employés, sous lesquels on décrit les accidents du début de l'étranglement dans les grosses hernies et qui ont fait différer trop souvent l'intervention chirurgicale.

Lorsqu'on est dans l'incertitude sur la nature des accidents observés, mieux vaut se prononcer dans le sens de l'étranglement, car il y a moins d'inconvénient à croire à un étranglement qui n'existe pas, qu'à méconnaître un étranglement véritable.

Sauf les cas où le malade serait absolument moribond, je ne vois aucune contre-indication à l'intervention chirurgicale. La kélotomie est une opération de *sauvetage* que nous devons toujours tenter, puisque le malade est irrévocablement perdu de par son étranglement. Et de fait, ne voyons-nous pas dans nos observations, des malades guéris par l'opération, malgré leur âge avancé ou leur diabète.

Nous posons donc en principe que, pour la hernie étranglée de l'ombilic, comme pour les autres hernies, la cure radicale devra être le complément de la kélotomie, toutes les fois qu'elle sera possible : nous verrons ultérieurement qu'il n'en est pas toujours ainsi. Les diverses méthodes employées pour la cure radicale de la hernie de l'ombilic seront applicables à la hernie ombilicale étranglée.

Dans notre description sur la kélotomie, nous prendrons comme type de notre description la hernie de petit volume ; nous allons rappeler en quelques mots les principales méthodes employées pour aborder le sac, et pour faire la cure radicale de la hernie.

Procédé de J. Championnière

1° Incision courbe des téguments ; elle doit être étendue et doit permettre de découvrir largement le pédicule de la hernie.

2° Le sac doit être ouvert avec précaution en raison de la fréquence des adhérences de l'intestin à la paroi.

3° L'épiploon doit être étalé sur des compresses antiseptiques et séparé en segments distincts sur lesquels on fera une ligature en chaîne.

4° Le sac sera toujours disséqué de bas en haut en l'attirant en bas, tandis qu'on poursuit la dissection vers le collet de la hernie.

5° Destruction de l'agent de l'étranglement (collet, brides adhérences, etc.).

6° On réduira le sac à sa partie la plus mince et on le séparera de préférence à l'aide de ciseaux mousses des connexions périphériques.

7° Pendant cette dissection, on lui fera subir des tractions légères de façon à tirer au dehors la partie du péritoine abdominal qui avoisine l'anneau ombilical, et à effacer ainsi tout infundibulum.

8° Ligature et extirpation du sac, après que l'on se sera assuré qu'il n'existe plus d'adhérences du pédicule du sac à la partie interne de la circonférence de l'anneau ombilical. Le sac fermé sera ainsi mobilisable.

9° Suture de l'orifice ombilical, soit au catgut, soit à la soie, après avoir au préalable mis 3 ou 4 points de suture prenant toute la masse des tissus pour que l'affrontement des lèvres de la plaie soit plus exact.

10° Suture musculaire à points séparés.

Suture cutanée au crin de Florence.

11° Drainage contre l'exsudation de liquide séreux consécutive à une opération sur une couche adipeuse souvent considérable.

Cette opération peut donc se résumer en deux points principaux :

- 1° Dissection du sac aminci jusqu'au-delà de l'orifice ombilical ;
- 2° Suture de la paroi à 3 étages dont 2 principaux : le profond pour l'anneau, le superficiel pour la peau.

L'anneau ombilical est resserré et oblitéré pour ce qui est de l'ombilic cutané.

Procédé de Berger

M. Berger recommande la dissection minutieuse du sac au bord interne de l'anneau ombilical ; c'est le seul moyen d'obtenir l'extirpation totale du sac et la disparition de l'infundibulum péritonéal.

Dans certaines hernies ombilicales, pour assurer l'affrontement exact de la suture, il faut aviver les bords de l'anneau herniaire et même le fendre par en haut et par en bas.

Procédé de M. Routier

1^{er} temps. — Incision de la peau, des différentes couches sous-cutanées et du sac au bistouri.

2^e temps. — Les adhérences sont déchirées avec les doigts en ménageant l'intestin : si on ne peut rompre les adhérences avec les doigts, on coupe dans le vif de l'épiploon et on laisse attachées à l'intestin les parties où siègent les adhérences.

3^e temps. — L'épiploon étant pédiculisé et lié en masse, on le resèque en deça de la ligature et on le réduit après avoir constaté qu'il ne saigne plus.

4^e temps. — Le sac saisi par des pinces à forcipressure est disséqué avec soin, jusqu'au-delà de son collet si possible. Il est en suite lié au-dessus de ce collet, puis on réduit son pédicule.

5^e temps. — Suture sur un seul plan qui comprend toute l'épaisseur de la paroi abdominale y compris le péritoine.

Procédé de M. Terrier

Il consiste à fendre crucialement l'anneau ombilical ; l'épiploon et le sac herniaire reséqués, les parties flottantes des lambeaux sont régularisées, puis les bords avivés sont suturés.

Procédé de M. Le Dentu. — Omphalectomie

1° L'incision doit être médiane et assez allongée ; on agira avec prudence sur le point saillant de la tumeur où la peau est amincie ; il faut inciser couche par couche jusqu'à ce que le bistouri effleure la paroi du sac.

2° Ouverture du sac. — Le sac attiré par des pinces est légèrement ouvert au bistouri ; puis par l'orifice qui vient d'être fait, on l'ouvre sur toute sa longueur de même que chaque diverticule que l'on pourrait rencontrer.

3° L'intestin réduit s'il est hernié, il faut reséquer l'épiploon. Pour cela il faut l'attirer au dehors, l'étaler, puis avec les doigts faire dans son épaisseur au voisinage de l'orifice ombilical des ouvertures ; on a ainsi formé des tronçons d'épiploon sur lesquels on fera à la soie ou au catgut une suture étagée, de façon à étrangler chaque pont épiploïque à des hauteurs diverses.

4° Omphalectomie proprement dite. — L'index gauche dirigé en bas s'introduit dans l'anneau ombilical et le soulève en même temps qu'il refoule l'intestin. Les ciseaux attaquent alors le pourtour fibreux de l'ombilic et resèquent ainsi un triangle pariétal à bords curvilignes, à base aboutissant à l'ombilic et à sommet sous-ombilical. La résection du triangle supérieur est pratiquée de la

même façon. La plaie ainsi produite a une forme de grand losangé ou d'ellipse. La portion reséquée comprend donc non seulement le pourtour fibreux de l'anneau, mais encore une portion de la partie sus et sous-ombilicale.

5° La suture se fait comme celle d'une plaie de laparatomie ; c'est un surjet fait avec un catgut n° IV ; il faut que ce surjet soit comme le dit M. Le Dentu, aponévro-musculo péritonéal.

L'abdomen étant fermé par le surjet, on resèque de chaque côté des lèvres de la plaie superficielle, un lambeau cutané semi-elliptique, la suture est ensuite faite au crin de Florence.

6° Le drainage est la règle après l'opération de la hernie ombilicale étranglée.

L'opération de M. Le Dentu est donc une omphalectomie totale suivie d'une suture à deux étages ; l'anneau ombilical et l'ombilic cutané ont disparu ; c'est une laparatomie.

Quelque soit le procédé opératoire employé, il faut après avoir ouvert le sac, inspecter et laver minutieusement son contenu ; ce lavage d'après M. Lucas-Championnière peut à lui seul sauver une anse intestinale même très atteinte.

Le lavage étant fait ; il faut rechercher la nature de l'agent de l'étranglement, et détruire les adhérences qui s'opposent à la réduction des viscères. Si c'est de l'épiploon, on doit le fixer avec des pinces de Kocher pour qu'il ne glisse pas tout-à-coup à l'intérieur de la cavité péritonéale.

L'anneau est alors fendu par une ou plusieurs incisions, ou bien d'après le conseil de M. le Professeur Terrier, on se contente de faire des débridements multiples de très

peu d'étendue. Mais l'anneau et le collet du sac, sont loin d'être les seuls agents de l'étranglement qui peut exister dans le sac même ou dans un de ses diverticules. Les courbures de l'intestin, déterminées et maintenues par des brides, la torsion de l'intestin sur son axe, sont autant de causes efficientes de l'étranglement que l'ouverture du sac seule peut permettre de reconnaître.

Les adhérences de l'épiploon, de l'intestin grêle, du colon et du méso-colon doivent être traitées comme s'il s'agissait d'une hernie non étranglée, mais on peut se trouver en présence de difficultés insurmontables.

Si la dissection des adhérences est par trop difficile, on réduira avec l'intestin les parties du sac ou du péritoine adjacent, qui lui sont trop intimement unies, après les avoir découpées suivant leur contour.

Si des déchirures intestinales apparaissent, qu'elles soient le résultat d'une lésion accidentelle, ou bien encore qu'elles aient été produites par la dissection des adhérences qui unissaient l'intestin au sac, ou par l'agent de l'étranglement lui-même, il faudra les fermer par une suture à la soie ; mais pour que la suture et la réduction de l'anse blessée puissent être pratiquées, il faut que la lésion soit exactement limitée à une anse absolument saine ; si la valeur de la suture ou la vitalité de l'anse paraissent suspectes, il serait préférable de laisser le trajet herniaire ouvert en ménageant un passage où se ferait l'épanchement des matières s'il se produisait une petite fistule intestinale.

La résection de l'épiploon qui est souvent étranglé, noi-

râtre, violacé, à odeur fétide, sera poussée le plus haut possible dans la cavité abdominale, si on ne veut voir survenir des accidents dont le moindre est un abcès épiploïque dans le moignon.

L'isolement du sac sera fait avec précaution en raison de sa friabilité, et on n'exercera sur lui que de faibles tractions.

Les suites opératoires sont les suivantes : souvent il arrive (lorsque l'opération a rendu le libre cours aux matières et aux gaz) que les points de suture coupent ou tiraillent le tissu cellulo-graisseux à un tel point qu'il ne tarde pas à se produire un épanchement de sérosité, souvent assez abondant pour former une sorte de bouillon de culture où, à la moindre faute aseptique faite au moment où est changé le pansement, les microbes ne tardent pas à pulvuler. Il en résulte d'ordinaire une suppuration qui retarde la cicatrisation de la plaie opératoire (M. Arrou).

Un autre danger qui, hâtons-nous de le dire, n'est pas particulier à l'opération de la hernie ombilicale étranglée, mais généralement consécutif aux opérations pratiquées sur des personnes d'un âge déjà avancé, et dont l'état pulmonaire le plus souvent n'est pas indemne de toute tare, c'est la congestion pulmonaire. Elle est grave et assombrit singulièrement le pronostic. Il est de toute évidence qu'une partie de la mortalité énorme consécutive à l'opération de la hernie ombilicale étranglée peut lui être imputée à bon droit.

Eviter le décubitus dorsal prolongé, voilà le seul remède

à opposer à ce danger ; aussi devra-t-on, le lendemain même de l'opération, faire asseoir la malade dans son lit, après s'être assuré qu'un bandage bien serré maintient suffisamment les parois abdominales.

Nous avons envisagé jusqu'ici le cas où la hernie de volume petit ou moyen peut être traitée par la cure radicale, complément de la kélotomie, et nous répétons ce que nous avons déjà dit, à savoir que la cure radicale devra être tentée toutes les fois qu'elle sera possible ; mais, lorsque l'étranglement porte sur une volumineuse hernie, irréductible depuis longtemps, formée par l'agglomération d'anses intestinales intimement fusionnées entre elles et avec les viscères voisins, que l'état général du malade est très grave (nous rapportons dans notre statistique un certain nombre de ces faits) et que l'opération radicale doit être longue, fort difficile et parfois même impossible à mener à bien, quelle conduite devons-nous tenir ? Nous laissons ici la parole à M. Lejars, dont nous citons textuellement le passage suivant : « Il restera pourtant une der-
« nière ressource si l'omphalocèle est énorme, « tient de
« partout et exige une laborieuse décortication », et l'état
« du malade trop alarmant pour que l'opération puisse être
« prolongée : débrider largement l'anneau, décoiffer l'in-
« testin de la nappe d'épiploon, détruire les brides intra-
« sacculaires et laisser la masse intestinale ainsi libérée
« dans le sac, qu'on referme ensuite. Plus tard, on pourra,
« quand les accidents aigus seront passés, avoir recours à
« de nouvelles tentatives de réduction. C'est un *pis-aller*,

« mais qui peut être fort utile, surtout dans les étranglements intra-sacculaires. »

C'est ce que fit M. Auvray chez la malade qui est l'objet de son observation I. Il se contenta de procéder comme vient de l'indiquer M. Lejars et guérit sa malade. Il exprime le regret dans son observation II de ne point avoir agi de même, chez une malade dont l'état était presque désespéré ; et il s'accuse d'avoir précipité le dénouement en voulant faire une opération trop complète et qui fut assez longue, étant donné le volume de la hernie et les difficultés qu'il y avait à libérer une masse intestinale et épiploïque volumineuse.

M. Arrou eut de même recours chez une de ses opérées au simple débridement du collet du sac ; il laissa les choses en place sans tenter la cure radicale et guérit sa malade. Voilà des faits qui justifient pleinement la méthode toute de prudence que M. Lejars préconise.

Mais nous avons supposé jusqu'ici que l'état de l'intestin avait paru assez satisfaisant pour qu'il puisse être réintégré purement et simplement dans l'abdomen ; il peut se faire cependant que, pour une raison ou pour une autre, nous trouvions l'intestin gangrené. Nous nous trouverons donc dans la nécessité d'employer l'une des méthodes applicables à tout étranglement de l'intestin accompagné de gangrène, quelqu'en soit le siège ou la cause.

Nous n'insisterons pas sur ces diverses méthodes que nous allons nous contenter de rappeler : le chirurgien peut avoir recours soit à l'entérectomie, soit à la création d'un

anus artificiel. L'anus artificiel n'est évidemment qu'un pis-aller applicable aux cas où il faut aller vite et qui ultérieurement pourrait être traité par l'entérorrhaphie secondaire. Situé parfois en un point très voisin de l'origine de l'intestin grêle, il aura le grand désavantage d'affaiblir considérablement le sujet dont une partie très étendue de la surface absorbante de l'intestin se trouvera supprimée.

Cependant, nous le répétons, le chirurgien devra parfois recourir à cette unique ressource.

Toutes les fois qu'elle sera possible, l'entérectomie suivie d'entérorrhaphie primitive devra être préférée à l'anus artificiel, mais il faut bien savoir que cette opération très grave dans toutes les variétés d'étranglement, est d'un pronostic particulièrement sombre en ce qui concerne la hernie ombilicale étranglée, car l'état général souvent précaire du malade dans ce cas, constitue un mauvais terrain pour l'exécution d'une opération d'ordinaire difficile à mener à bonne fin.



Chapitre V

Résultats

Nous avons pu réunir dans notre statistique 45 cas de hernies ombilicales étranglées traitées par la kélotomie.

Les résultats sont les suivants .

45 opérés : 21 guérisons ; 24 morts.

La mortalité est donc actuellement de 53, 33 0/0, dans la kélotomie appliquée au traitement de la hernie ombilicale étranglée.

Cinq fois, le sujet succomba dans le collapsus, pendant l'opération ou quelques instants après. Dix-huit fois il faut incriminer la péritonite, que celle-ci soit le résultat d'une perforation déjà existante au moment de l'opération ou survenant secondairement sur l'intestin réduit.

Une fois, la mort semble avoir été le résultat d'accidents mécaniques consécutifs à la réduction de l'intestin ; on trouva à l'autopsie une anse d'intestin grêle accolée à la paroi et formant une coudure qui s'opposait au passage des matières.

Le plus souvent, les malades étaient en état d'étranglement ancien (8 jours, 11 jours et même davantage), ce qui nous permet d'insister sur la nécessité des interventions précoces. Cinq fois on signale dans les observations l'état sphacélé de l'intestin au moment de l'opération.

Il eut été intéressant de savoir quelle part revient dans la mortalité au volume de la hernie, et au mode opératoire employé. Malheureusement, dans un grand nombre d'observations, les renseignements cliniques et opératoires font absolument défaut.

Nous avons dû nous contenter des renseignements très succints qui nous ont été fournis sur beaucoup de cas. Sur la plupart des registres hospitaliers que nous avons pu consulter, nous trouvons seulement consignés le nom de l'opérateur, la date de l'opération et le résultat opératoire. Cependant, dans quatre cas suivis de mort, on insiste sur le volume énorme de la hernie. Le pronostic des hernies volumineuses doit être beaucoup plus sévère que celui des hernies de petit volume, parce qu'on les observe chez des sujets dont l'état général est le plus souvent très mauvais et parce que l'opération est toujours pénible.

Il nous est impossible de dire comment a varié la mortalité avec chaque procédé opératoire employé, car 6 fois seulement sur 24 morts on indique qu'elle fut l'opération pratiquée. Mais, *a priori* on peut admettre pour la hernie ombilicale étranglée comme pour les autres hernies étranglées, que la mortalité deviendra beaucoup plus élevée dans les cas où l'état de l'intestin aura nécessité la résection ou la

création d'un anus artificiel, que dans ceux où l'on aura seulement pratiqué le simple débridement de l'agent de l'étranglement ou la cure radicale.

Dans les cas où la guérison a été observée, la hernie était généralement de petit volume ou de volume moyen, et l'étranglement de date récente. La guérison a succédé tantôt à un simple débridement, tantôt à la kélotomie suivie de cure radicale. A défaut de renseignements précis nous permettant de donner des chiffres, nous pouvons affirmer que les guérisons seront beaucoup plus rares dans les cas où il y a eu anus ou résection, que dans ceux où la simple kélotomie avec ou sans cure radicale a été pratiquée.

En somme, le point qui reste absolument établi par les chiffres est le suivant : actuellement la mortalité opératoire est environ de 53 0/0 dans la hernie ombilicale étranglée. Ce chiffre se rapproche sensiblement de celui de 60 6/10 accusé dans une des plus récentes statistiques par M. le professeur Terrier. Les résultats du traitement de la hernie ombilicale étranglée sont donc loin d'être brillants, malgré les perfectionnements des méthodes nouvelles.

C'est le point qu'il importait de bien mettre en relief dans cette statistique. Nous ne craignons pas d'affirmer que le chiffre de 53 0/0 est encore inférieur à la réalité, car nous avons connaissance d'un certain nombre d'observations terminées par la mort et que nous n'avons pu faire figurer dans notre statistique parce que leurs auteurs ne nous les ont pas confiées :

Statistique

1. Femme 51 ans. Déjà opérée en 1895 d'une h. ombil. étranglée. C'est une femme énorme. Hernie petite étranglée depuis 12 heures. La cure radicale ne peut-être tentée car on opère au milieu d'un véritable entonnoir graisseux. Simple débridement. *Guérison*. (M. Arrou, 1897).

2. F..., 60 ans. Vieille h. omb. de volume moyen, étranglée depuis 15 jours (?) douloureuse mais non tendue, ni dure. Etat général bon, cœur et poumons sains. Incision médiane. Opération complète. Erythème iodoformique. *Guérison* (M. Arrou, 1899).

3. F., 70 ans. Petite h. omb. étr. en 1866, laparatomie et guérison. Récidive d'étranglement, du volume d'un poing d'adulte au moins. Laparatomie 4 heures après le début des accidents. Poumons suspects, il faut aller vite. Réduction de l'intestin. Résection de l'épiploon et du sac. Suture en un seul plan. Début de congestion pulmonaire. *Guérison* (M. Arrou, 1900).

4. F..., 55 ans, très grosse, emphysémateuse. Hernie datant de 20 ans. étranglée depuis 24 heures. Volume d'une tête d'enfant. Incision médiane, résection de l'épiploon et section de l'anneau herniaire sans tentative de cure radicale. *Guérison* (M. Auvray, 1899).

5. F..., 70 ans. Vieille h. omb. du volume de 3 poings

réunis. Etranglement déjà ancien (?). Etat général très grave. Cure radicale d'autant plus difficile qu'il faut sculpter chaque anse au milieu d'une gangue de tissu fibreux. *Mort* quelques instants après l'opération (M. Auvray, 1899).

6. F..., 67 ans, diabétique. Hernie ombil. du volume d'une grosse orange, étranglée depuis 48 h. Etat général bon Résection de l'épiploon et du sac ; cure radicale. *Guérison* (M. Auvray, 1900).

7. H. omb. étr. depuis longtemps. Cure radicale. *Mort* de shock. (M. Bouilly, 1885).

8. F..., 51 ans. H. omb. étr. depuis 2 jours. Volume de 2 poings. Laparatomie, réduction d'une anse. rés. ction de l'épiploon, excision du sac. Suture en masse pour terminer rapidement. *Guérison* (M. Bouglé, 1900).

9. F... (?) H. omb. étr. depuis 8 jours avec phlegmon bronzé de la paroi abdominale et sphacèle de l'intestin. Simple débridement de l'anneau sans réduction de l'intestin. *Mort* au 3^e jour (M. Chaillous).

10. F., 51 ans. H. omb. étranglée et sphacélée. Omphalectomie. *Mort* (M. Chevalier, 1896).

11. F..., 60 ans, diabétique. H. omb. étr. depuis 48 heures, de volume moyen. Cure radicale et omphalectomie. *Guérison* (M. Faure, 1895).

12 à 18. Six cas publiés par M. Frœlich de Nancy donnent après l'omphalectomie. 1 *guérison* et 5 *morts*.

19. F., 56 ans, obèse. Au cours d'une bronchite intense, rupture de la cicatrice ombilicale. La plus grande partie du côlon transverse était exposée au dehors depuis

3 jours. Cure radicale. *Mort* le 4^e jour par suite des accidents péritoniques (M. Gosset, 1899).

20. F..., 75 ans. H. omb. étr. depuis 2 jours. Kélotomie. *Mort* le 3^e jour (M. Gosset, 1899).

21. H..., 53 ans. H. omb. étr. avec ascite. Ponction de l'ascite et kélotomie. Congestion pulmonaire double. *Mort*. (M. Guinard, 1895)

22. F..., 55 ans. H. omb. étr. depuis 2 jours. Volume d'une tête d'enfant. Kélotomie. Le sac renferme de l'épiploon, le côlon transverse et ascendant plus l'appendice. Coudure de l'intestin sur des brides qui l'étranglent. Congestion pulmonaire. *Guérison* (M. Jeannel de Toulouse, 1895).

23. F..., 47 ans. H. omb. étr. depuis 8 jours. Coexistence d'un fibrome, peu d'ascite. Cure radicale pénible. *Guérison* (M. Jeannel, 1895).

24. F..., 60 ans. H. omb. étr. depuis 48 heures, volumineuse. Omphalectomie et cure radicale. *Guérison* (M. Laurens, 1896).

25. F..., 62 ans. Grosse h. omb. étr. Septicémie gangréneuse de la paroi. Etat général cependant bon. Incision sur la ligne médiane ; ouverture du sac, résection de l'épiploon et d'une anse intestinale sphacelée. *Mort* (M. Michaux, 1900).

26. F..., 62 ans. Grosse h. omb. étr. depuis 36 heures. Laparotomie, résection de l'épiploon. Le côlon était étranglé. *Guérison* (M. Rieffel, 1897).

27. F., 41 ans. H. du volume du poing, étranglée depuis

5 jours. Débridement multiple. *Guérison* (M. Polaillon, 1879).

28. F..., 44 ans. H. ombil. irréductible du volume d'un œuf de poule. Pas de signes aigus d'étranglement. Débridement de l'anneau, réduction de l'intestin. *Guérison* (M. Polaillon).

29. F..., 46 ans. Grosse hernie irréductible depuis plusieurs années étranglée depuis 36 heures. Etat grave. Débridement de l'anneau. On laisse dans le sac (l'étranglement étant levé) les anses adhérentes pour ne pas prolonger l'opération. Péritonite et *Mort* (M. Polaillon).

30. F... (?) H. ombil. étr. depuis 48 heures. Cure radicale. *Mort* par péritonite (M. Routier, 1889).

31. F..., 55 ans. H. omb. étr. Les accidents sont déjà anciens (?) Laparotomie. *Mort* pendant l'opération (M. Schwartz, 1892).

32. F..., 61 ans. Enorme omphalocèle étranglée depuis 11 jours, peau sphacélée par places à la surface de la tumeur. Emphysème pulmonaire et congestion des bases. Ouverture du sac sans anesthésie, grande quantité d'épiploon sphacélé, une seule anse d'intestin grêle sphacélé est rencontrée. Etranglement au niveau de l'anneau ombilical très peu serré. Accidents asphyxiques. Septicémie périnéo-intestinale. *Mort* (M. Schwartz, 1893).

33. F..., 47 ans. H. omb. étranglée depuis 8 jours. Le sac est sphacélé : pas d'autres renseignements. *Mort* pendant l'opération. (M. Schwartz, 1895).

34. F..., 54 ans. H. omb. étr. Cure radicale. *Guérison*. (M. Schwartz, 1897).

35. F..., 61 ans H. omb, étr. Anus iliaque. Congestion pulmonaire double. *Mort*. (M. Schwartz, 1898).

36. F..., 77 ans. Grosse h. omb. étr. depuis longtemps. Kélotomie. *Mort* (M. Schwartz, 1900).

37. F..., (?) H. omb. étr. et sphacélée. Entérostomie. *Guérison* (M. Terrier, 1886).

38. Hernie omb. étranglée. *Mort* de péritonite par perforation le 7^e jour (M. Terrier, 1887).

39. H. omb, étranglée. *Mort* (collapsus) M. Terrier, 1889.

40. 41. Deux h. omb. étr. 2 *guérisons* (M. Terrier, 1891).

42. H. omb. étr. *Mort* (péritonite), M. Terrier, 1863).

43. H. omb. étr. *Guérison*. (M. Terrier, 1895).

44. H. ombilicale étranglée et sphacélée. *Mort* (M. Terrier, 1896).

45. F..., 60 ans. Catarrhe et emphysème. Hernie du volume d'une mandarine, étranglée à la suite d'une quinte de toux. Le sac contient une anse intestinale qui est réduite après résection de l'épiploon. *Guérison*. (M. Thévenon de Lyon, 1899).

46. F..., 61 ans. Hernie omb. datant d'un an, étranglée à la suite d'une quinte de toux ; femme énorme et emphysémateuse. On a dû se borner à détruire l'étranglement et à fermer rapidement l'orifice ombilical, devant l'impossibilité où l'on se trouvait d'anesthésier la malade. *Guérison*, (M. Thévenon de Lyon, 1896).

Observations

OBSERVATION I (due à l'obligeance de M. Auvray, chirurgien des hôpitaux de Paris). (Inédite).

Hernie ombilicale étranglée. — Débridement de l'anneau. — Guérison.

Femme de 55 ans, très grosse, emphysémateuse, portant une hernie de l'ombilic qui date de 20 ans et s'est étranglée depuis 24 heures. Elle présente tous les signes de l'étranglement. La hernie forme une véritable tumeur étalée, de la grosseur d'une tête de fœtus.

Opération. — Incision au-dessus de la tumeur sur la ligne médiane, entre elle et l'appendice xyphoïde, et prolongée sur la partie latérale gauche de la masse. La cavité abdominale est ouverte sur la ligne blanche au-dessus du pédicule de la hernie, un doigt introduit par cette ouverture est insinué d'arrière en avant dans le collet du sac et l'anneau herniaire et, sur le doigt à l'aide de ciseaux, on pratique l'incision de l'anneau fibreux et du collet du sac qui lui adhère. L'étranglement est ainsi levé et nulle part il n'existe trace de lésion intestinale. On résèque une masse d'épli-

plon du volume de deux poings et on tente de réduire la masse intestinale ; mais il s'agit d'une hernie qui a perdu droit et domicile dans l'abdomen, qui est très adhérente au sac et dont les anses sont unies entre elles; la cure radicale me paraît impossible. Je me suis contenté en somme de lever l'étranglement en agrandissant l'anneau herniaire par section. La peau qui me sert à reconstituer le plan superficiel de la paroi est très amincie et de mauvaise qualité.

Dans les jours qui suivent l'opération, la peau amincie se sphacèle et il se produit également un sphacèle des deux lèvres cutanées qui me fait redouter l'infection des plans sous-jacents et du péritoine. Mais la plaie se recouvre de bourgeons charnus qui protègent les parties sous-jacentes et la cicatrisation se fait peu à peu dans ces tissus qui manquent cependant de vitalité.

La malade sort guérie des accidents d'étranglement, mais elle a conservé sa volumineuse hernie ombilicale qui ne peut que s'accroître, puisque l'anneau fibreux ombilical a été sectionné et agrandi par le débridement. Une bonne ceinture abdominale, rend à la malade les plus grands services, en soutenant sa volumineuse tumeur herniaire.

Les renseignements que j'ai pu avoir sur elle, un an après l'opération étaient très satisfaisants.

Sans doute dans le cas actuel, l'opération a été incomplète, mais elle a sauvé la vie de la malade et peut-être, dans l'observation suivante (obs. II), eût-il été plus sage, sur une malade aussi affaiblie, de procéder de la même façon et d'abandonner toute idée de cure radicale.

OBSERVATION II (M. Auvray) inédite

Grosse hernie ombilicale étranglée. — Cure radicale. — Mort.

Femme de 70 ans, reçue à l'hôpital Laënnec pour des accidents d'étranglement d'une vieille hernie ombilicale, qui présente à peu près le volume de 3 poings réunis. Cette malade présente tous les signes ordinaires de l'étranglement; sa hernie est tendue, douloureuse, absolument irréductible (elle a du reste perdu depuis longtemps *droit de domicile dans l'abdomen*). L'état général est très grave, les extrémités froides, la langue sèche, le pouls incomptable. Il est fort difficile dans l'état où elle se trouve de l'interroger et on ne peut guère tenir compte des renseignements qu'elle donne. Elle raconte cependant qu'elle n'est pas allée à la selle depuis plusieurs semaines, des gaz seuls passaient encore par l'anus puis ils se sont supprimés depuis une huitaine de jours avant son entrée à l'hôpital.

Opération. — L'opération est faite d'urgence peu après son admission à l'hôpital. Je me propose de pratiquer une opération aussi radicale que possible, c'est-à-dire, de réduire la hernie en totalité si l'état de l'intestin me le permet, et de reconstituer une paroi abdominale normale.

L'incision commence sur une ligne médiane au dessus de la tumeur, descend sur sa partie latérale gauche, longe la périphérie de la masse herniée en un point où la peau est indemne et présente encore une assez grande épaisseur.

Avant de circonscrire la masse herniée par une incision ellipti-

que des téguments, je pénètre par une incision faite dans la gaine du muscle droit antérieur du côté gauche, dans la cavité abdominale. J'ai alors sous les yeux l'anneau fibreux qui enserre la base même de la hernie.

J'insinue un doigt d'arrière en avant dans cet anneau et c'est sur ce doigt que je le sectionne en plusieurs points à l'aide de ciseaux ; je vois immédiatement cet anneau fibreux se distendre, s'élargir ; il est évident que cette section est suffisante pour permettre la circulation des liquides intestinaux dans les anses herniées.

J'aurais pu m'en tenir à ce débridement, comme dans ma première observation, d'autant que je ne voyais nulle part d'anse gangrénée.

Malgré l'état de la malade, je crus devoir faire la cure radicale ; je disséquai une à une, les anses intestinales de la masse herniée, les libérant des anneaux fibreux qui les enserraient et les unissaient les unes aux autres de la façon la plus intime ; il fallait sculpter chaque anse intestinale au milieu d'une gangue de tissu fibreux.

Je parvins, non sans de réelles difficultés, à faire le travail complet de libération.

Je pus alors rentrer toute la masse intestinale dans l'abdomen. Le sac fut reséqué.

Lorsque j'eus acquis la certitude que je pourrais réintégrer toute la masse herniée dans la cavité abdominale, je reséquai un large lambeau de peau, de forme elliptique, qui recouvrait le sommet de la hernie et se trouvait en excès ; cette peau était altérée, amincie, prête à se rompre au point culminant de la masse.

Je terminai l'opération par la reconstitution des trois plans de la paroi. L'opération avait duré une heure et demie.

La mort survint quelques instants après.

Remarque. — A propos de cette malade, je rappelle que si, dans les petites hernies ombilicales, le début des accidents peut être parfois subit et leur marche rapide comme dans l'observation suivante (obs. 3), *ceux-ci ne s'établissent que lentement dans les grosses hernies ombilicales intestino-épiploïques*, surtout dans celles qui étaient déjà partiellement irréductibles. On observe alors les phénomènes de l'étranglement à marche lente. La hernie est d'abord le siège d'accidents inflammatoires, de péritonite herniaire ; elle est irréductible, douloureuse, il y a des vomissements, des douleurs abdominales, de la constipation, *mais les gaz continuent à être évacués par l'anus*. Les accidents peuvent alors s'amender graduellement ou au contraire s'aggraver et les phénomènes d'étranglement succéder peu à peu à ceux de la péritonite herniaire (Auvray).

OBSERVATION III (M. Auvray) inédite

Femme de 67 ans, rentière. Elle porte depuis longtemps (?) une hernie ombilicale ; à signaler dans ses antécédents personnels l'existence du diabète pour lequel la malade suit un régime spécial. La dernière analyse d'urine révélait 30 grammes de sucre par litre.

Les accidents d'étranglement remontent à 48 heures au moment où est pratiquée l'opération. Ce sont les signes ordinaires de l'étranglement : constipation absolue, absence d'émission de gaz, coliques, léger météorisme abdominal, vomissements bilieux, mais

non fécaloïdes, hoquet. Localement, la hernie étalée dans la couche graisseuse de la paroi abdominale, présente à peu près le volume d'une grosse orange ; elle est douloureuse à la pression, la peau est à son niveau légèrement violacée, tendue.

Au moment de l'opération l'état général est assez satisfaisant malgré les 67 ans de la malade, son diabète, et les 48 heures d'étranglement. La malade peut gagner à pied le lit sur lequel elle va être opérée, le pouls est fort, très régulier, mais rapide à 130.

La langue est humide.

Opération. — Narcose au chloroforme. Je circonscris par une première incision la première partie latérale gauche de la tumeur herniaire de façon à aborder la hernie par son flanc gauche. Parvenu sur le sac, je le décortique du tissu cellulo-graisseux ambiant. Le sac a des parois très amincies et il est facile de voir son contenu par transparence.

Au lieu d'ouvrir le sac auquel adhèrent les viscères qui y sont contenus, et pour éviter de les blesser, j'incise le plan musculo-fibreux de la paroi, au voisinage de l'anneau ombilical et du collet du sac qui lui adhère ; je pénètre d'abord dans la gaine du muscle grand droit, puis, à travers la paroi profonde de cette gaine et le péritoine, dans la cavité abdominale.

J'insinue un doigt par cette ouverture dans l'abdomen, puis d'arrière en avant dans l'anneau ombilical, et je sectionne sur mon doigt avec des ciseaux, l'anneau fibreux cause de l'étranglement ; j'ouvre ensuite largement le sac.

Le contenu de la hernie est formé par une masse énorme d'épiploon, chroniquement enflammé et adhérent aux parois du sac, et par une anse d'intestin grêle sur lequel existe un anneau de striction formé par l'agent d'étranglement. Après examen soigneux de l'anse celle-ci me paraît dans un état assez satisfaisant pour pou-

voir être réintégrée dans la paroi abominale. L'épiploon est réséqué par paquets jusqu'au contact du colon transverse.

Le sac est également réséqué au pourtour de l'anneau fibreux.

Je termine l'opération par la reconstitution de la paroi abdominale. Je fais un premier plan profond comprenant le péritoine et l'aponévrose qui borde l'anneau ; puis un deuxième plan cutané superficiel.

J'ai réséqué l'excès de peau qui restait après la reconstitution du plan profond.

Je draine avec un drain de petit calibre.

L'opération a été bien supportée par la malade, l'état est excellent à son réveil, le pouls à 120 et bien frappé.

L'opération a duré une heure.

Suites opératoires. — La malade revue huit jours après l'opération est en bonne santé.

OBSERVATION IV (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Arrou, chirurgien des hôpitaux.

Hernie ombilicale étranglée. — Simple débridement. — Guérison.

M. . . , repasseuse, femme d'une cinquantaine d'années auprès de laquelle je suis appelé un soir, dans le service de M. Reclus, à l'hôpital Laennec, le 7 juin 1897, comme chirurgien de garde.

Il s'agit d'une femme énorme dont le poids est très certainement supérieur à 100 kilogrammes.

Déjà, il y a deux ans, on lui a pratiqué la cure radicale de sa

hernie ombilicale : celle-ci vient de récidiver le matin même et s'est étranglée d'emblée. Les accidents remontent donc à douze heures environ. Ils sont des plus violents : douleur intense, rendant l'examen des plus difficiles, gémissements continus, faciès vultueux, vomissements. Pas de gaz.

Localement, on sent, d'ailleurs assez mal, une tumeur profonde (sous la cicatrice opératoire) petite, surtout douloureuse. C'est bien un étranglement. Il faut opérer sans perdre de temps.

Tous les aides présents (six ou sept) se donnent la main pour porter la malade sur la table d'opération. On l'endort à l'éther et M. Bigeard, interne du service veut bien me servir d'aide.

Incision médiane. — On peut se le permettre sans crainte d'arriver tout de suite au sac, car celui-ci est certainement assez loin; il est même très loin, car le bistouri est bientôt trop court, et c'est avec un couteau à amputation, à 10 ou 12 centimètres de profondeur que je finis par ouvrir la ligne blanche à 2 ou 3 centimètres de la hernie. Peu à peu, à petits coups, et bientôt avec une branche de ciseaux démon'tés, je coupe les plans fibreux qui me séparent du sac et l'intestin étranglé apparaît, c'est le colon transverse. Il est rouge; le contour de l'anneau est très marqué.

Lavage à l'eau bouillie chaude; réduction, cinq ou six grands fils de soie plate, passés difficilement avec les plus grandes aiguilles trouvées referment le ventre, sans tentative de cure radicale quelconque.

Il me semble, en effet, qu'il est bon d'aller vite, et d'ailleurs j'avoue que je ne reconnais rien, ni muscles droits, ni même péritoine, à cette profondeur et au milieu du tissu fibreux, formé à la suite de la première intervention.

Guérison sans le moindre incident, ainsi que me l'a fait savoir M. Bigeard quelques semaines après. Sortie de l'hôpital le 10 juillet.

OBSERVATION V (Inédite)

Dûe à l'obligeance de M. Arrou, chirurgien des hôpitaux. —
Etranglement (?) ombilical

Etant chirurgien de garde le 31 mai 1899, je suis appelé à l'hôpital Necker, pavillon Nélaton, pour une femme de 60 ans, pesant 270 livres, souffrant d'un étranglement depuis 15 jours (?). Sans doute, elle n'a ni selles, ni gaz, elle a même, dit-elle, vomé des matières fécales; mais cet étranglement datant de 15 jours constitue certainement une exagération. J'ai affaire à une très ancienne hernie ombilicale, maintenue par une pelote que la malade s'est fabriquée elle-même, et paraît-il, la hernie était assez bien contenue par cet appareil.

Jusqu'à ce jour, il n'y a eu aucun accident, la malade jouissait d'une bonne santé (cœur et poumons sains).

Le facies est bon; il n'est pas grippé: il est vrai qu'il y paraîtrait peu sur cette grosse « face rougeaude. »

Le cœur est régulier, le pouls assez bien frappé, 60 pulsations à la minute; dans la poitrine il n'y a pas de râles.

C'est une hernie ombilicale à petit lobule au niveau de l'ombilic même, mais offrant la presque totalité de son développement au dessus de l'ombilic, à tel point, qu'on la pourrait prendre (à tort) pour une hernie épigastrique. Elle est douloureuse, mais, point important, elle n'est ni tendue, ni dure comme les hernies vraiment étranglées. Ce dernier détail, joint à la « bonne figure » de la patiente, à son pouls en bon état (urines non examinées) à sa voix

parfaite... donne à penser que le diagnostic rétrospectif « engouement » n'est peut-être pas une erreur, d'autant que, pendant l'opération, il n'a pas été trouvé de sillon d'étranglement, et que l'intestin contenu était de coloration normale.

Anesthésie au chloroforme. Mes aides sont MM. Ferron et Tesson, Le Für et Roger assistent à l'opération.

Incision médiane : Je fais cette incision parce que la tumeur est plate, absolument plate, ne faisant aucune saillie et que, par conséquent, je ne sais quel chemin suivre pour aborder son pédicule par voie latérale. J'achève avec les ciseaux, l'incision que je n'ai fait que tracer avec le bistouri.

J'ai trouvé dans cette hernie, entre un sac mal reconnaissable et flanqué de deux diverticules volumineux, une bonne partie du colon transverse, peu d'épiploon, et pas du tout d'intestin grêle ; je n'ai vu aucun « sillon de partie serrée. »

Dilacération au doigt de plusieurs tractus.

Je fais en somme :

1^o L'opération complète de la hernie au niveau de l'orifice aponevrotique abdominal.

2^o L'opération complète de chaque partie herniée, épiploon, intestin... en plaçant seulement 3 ligatures au catgut sur les adhérences.

Après avoir réduit assez facilement l'intestin au moyen de la compression, je réunis la totalité des plans profonds avec quelques crins isolés, et sur cette suture grossière, qu'il est nécessaire de faire aussi rapidement pour éviter le choc, je jette un surjet cutané à la soie n° 3.

Pansement iodoformé, ouate, bandage de corps.

L'opération a eu une durée d'environ 25 à 30 minutes.

Pendant le pansement, la malade laisse échapper des gaz. A

peine reportée dans son lit, la débâcle ne tarde pas à se produire, le lit de la malade en est bientôt inondé.

La malade revue le 9 juin 1893, c'est-à-dire 10 jours après l'opération allait bien.

A la suite de l'opération, cette malade a eu un érythème, qu'on a cru un instant éryzipélateux : il était, me dit M. Routier, probablement iodoformique.

Le 13 juin, M. Routier m'annonce que cette femme va très bien.

OBSERVATION VI (Inédite)

Hernie ombilicale étranglée. Opérée par M. Arrou. — Guérison

A S... B..., couturière, âgée de 70 ans. Vers le mois de juin 1866, à la suite d'un effort fait pour enlever un panier, s'est aperçue deux jours après que son anneau ombilical s'était élargi.

La malade fut amenée immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, où le diagnostic d'étranglement ayant été fait, l'opération d'urgence fut pratiquée le même jour (13 septembre 1866). Chloroforme, laparatomie de 20 centimètres de long. Au bout de 8 jours, guérison complète ; la plaie est cicatrisée, le ventre absolument plat, au dire de la malade ; néanmoins à sa sortie de l'hôpital, elle porte pour plus de sûreté, une ceinture élastique munie d'une pelote.

Un mois environ après l'opération, la malade aurait eu une péritonite (?). Les douleurs reprennent la malade au commencement de l'année 1899.

En mai 1899 la malade vient prier M. Marchand, chirurgien de Beaujon, de bien vouloir l'opérer de nouveau; celui-ci, vu l'âge de la malade, et ne jugeant pas l'intervention urgente, refuse l'opération.

Les douleurs abdominales s'accroissent encore, et la malade revient à Saint-Antoine en juillet 1899 dans le but de se faire opérer. MM. Monod et Tiron lui font garder le repos pendant un mois, mais de même que M. Marchand et pour les mêmes raisons refusent d'intervenir.

Le 12 février 1900, à 8 heures du matin, la malade est prise de douleurs terribles; elle vomit bientôt son premier déjeuner; elle a cependant une selle légère. Amenée à Saint-Antoine, salle Cruveilhier, elle est opérée d'urgence à midi 20 par M. Arrou.

Examen de la malade. — Il s'agit nettement d'un étranglement: douleur vive, sensibilité excessive, vomissements féca-loïdes, irréductibilité d'une masse ombilicale aplatie, du volume d'un poing d'adulte au moins.

Opération 4 heures après le début des accidents. Chloroforme.

Incision circonscrivant la tumeur et par conséquent l'ombilie, dans une grande ellipse de 20 centim. environ de hauteur. La peau est disséquée et enlevée avec la cicatrice ombilicale, sans que le sac soit ouvert nulle part.

La ligne blanche est effondrée au bistouri à un doigt au-dessus de la tumeur, quelques fibres qui séparent encore du sac sont sectionnées à petits coups sur l'index de la main gauche. Le sac enfin ouvert est déchiré avec les doigts et laisse voir des diverticules secondaires où adhère l'épiploon. Dans le sac, se trouve une grande partie du côlon transverse, une anse d'intestin grêle et un paquet d'épiploon. Celui-ci est réséqué (trois catguts), l'intestin lavé et réduit, le sac enlevé complètement en deux coups de ciseaux.

Suture à la soie n° V en un seul plan, sans tentative de cure radicale (les poumons sont suspects, il est nécessaire d'aller vite) ; durée de l'opération : 25 minutes.

Les fi's sont enlevés le 8^e jour : ils ont tous coupé fortement la peau et la graisse abondante qui la double, et deux d'entre eux suppurent. Des petits drains sont placés dans les orifices laissés par les fils.

Guérison complète en 15 jours, sans autre ennui qu'une ébauche de congestion pulmonaire qui cède rapidement à la position assise, aux ventouses et à la digitale.

OBSERVATION VII (Résumée)

(Thèse Allemand, Lyon, février 1896).

Femme 60 ans, a une hernie ombilicale depuis trente ans. La malade est atteinte de catarrhe et emphysème et sa hernie s'est étranglée à la suite d'une quinte de toux. Symptômes ordinaires de l'étranglement.

La hernie a le volume d'une petite mandarine ; la peau est violacée à son niveau.

Opération pratiquée par M. Thévenon. Incision elliptique ; dissection du sac jusqu'à l'anneau fibreux. Excision de l'orifice ombilical. Péritoine non adhérent. Ouverture du sac qui contient une petite anse au milieu d'une masse épiploïque énorme. Réduction après résection d'une partie de l'épiploon.

Sutures par étages. Par précaution on met un drain. Suites opératoires normales. Guérison.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Thèse Allemand.

Femme 60 ans, hernie ombilicale datant d'un an, s'est étranglée brusquement à la suite de quinte de toux.

La malade est emphysémateuse, d'un poids énorme, 120 kilogr. La hernie a le volume d'une mandarine. Opération par M. Thévenard le 11 février 96. Anesthésie impossible, la malade étouffe aussitôt qu'on essaie de lui faire respirer un peu d'éther.

Incision elliptique. Dénudation et énucléation du sac. L'anneau est réséqué. Celui-ci est très large, à bords nets tranchants. L'orifice qui succède à son ablation a son grand diamètre transversal. Péritoine non adhérent. Anse intestinale petite, perdue au milieu d'un épiploon graisseux très abondant qui est réséqué.

Sutures séparées. Drain à la partie inférieure de la ligne de suture.

Suites opératoires : abcès sous-cutané.

Guérison.

Chez cette malade on a dû se borner à détruire l'étranglement et fermer rapidement l'orifice ombilical, devant l'impossibilité où on se trouvait de pratiquer l'anesthésie.

OBSERVATION IX (Résumée)

Inédite due à l'obligeance M. Berthier, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Femme B. . . , employée, 51 ans. Entre d'urgence le 3 mai 1900, à Saint-Antoine, pour une hernie ombilicale étranglée du volume de deux poings. Depuis 2 jours la malade ne rend plus ni matières ni gaz par l'anus, depuis la même époque, il y a des vomissements.

L'opération est faite d'urgence le 3 mai 1900, sous la direction de M. Bouglé.

Incision médiane. Laparatomie. Le sac étant ouvert, on trouve un gros paquet d'épiploon qui tient partout par des adhérences multiples. Ce paquet d'épiploon est réséqué. Une anse intestinale en bon état est réduite. A ce moment il se produit une alerte provoquée vraisemblablement par le chloroforme. La malade ne respire plus ; on fait des tractions rythmées de la langue à la suite desquelles la respiration reprend son cours. Il faut néanmoins terminer rapidement, la cure radicale n'est pas tentée. On se borne à faire une suture en masse des trois plans. La malade sort guérie de l'hôpital le 12 mai.

OBSERVATION X (In Thèse de Conte Toulouse)

Femme de 55 ans, portant une hernie ombilicale du volume d'une tête d'enfant de 2 ans. Depuis 2 jours, douleur et augmen-

tation de volume. Le 25 octobre 1892, vomissements fécaloïdes ; n'a pu uriner à l'hôpital. Le taxis ne donne qu'une réduction incomplète.

Entrée à l'hôpital à 5 heures du soir, kélotomie immédiate par M. Jeannel. Incision cutanée elliptique. L'orifice ombilical est grand comme une pièce de 5 francs. On arrive sur cet orifice par en haut, au-dessus de l'ombilic à l'aide d'une courte laparatomie de 3 centimètres, débridement de l'anneau du même coup. Pas de trace d'étranglement sur l'intestin. Essai de réduction en tirant sur le pédicule intestinal, impossibilité de réduire.

Ouverture large du sac qui renferme l'épiploon, le colon transverse et ascendant plus l'appendice. L'épiploon est adhérent au sac et à l'intestin. De nombreuses brides traversent le sac.

L'intestin distendu n'est pas congestionné, mais contient des gaz et des cyballes ; il est certainement coudé sur les brides qui l'étranglent et causent l'obstruction.

Les adhérences épiploïques sont détachées, les brides déchirées, on arrive sur l'anneau que l'on élargit par une incision médiane de 2 centimètres ; la réduction est alors facile.

Résection de l'épiploon, excision du sac au ras de l'anneau musculaire.

Sujet péritonéo-musculaire, et suture cutanée.

Le 31 congestion pulmonaire qui cède à l'application de ventouses.

Guérison.

OBSERVATION XI. (In thèse de Conte, 1895, Toulouse,
résumée.

Mlle T. . . , 47 ans, porte depuis 8 ans une tumeur abdominale qui s'est progressivement développée jusqu'à atteindre l'ombilic ; c'est un fibrome à développement abdominal avec quelques noyaux inférieurs sensibles par les culs de sac antérieur et postérieur. Elle porte aussi une hernie ombilicale du volume d'une demi-orange.

En fin décembre, à la suite d'un purgatif, se manifestent les accidents ordinaires de l'étranglement ; il y a des vomissements bilieux, bientôt fécaloïdes.

La tumeur n'est pour rien dans les accidents.

La hernie, au contraire, est douloureuse, tendue, mate, irréductible. Elle était constituée par de l'épiploon et de l'intestin, formant une masse pâteuse, mamelonnée, sous la peau amincie et bleuâtre.

La langue est humide, la miction normale.

Le ventre n'est pas douloureux, mais légèrement ballonné.

Il y a évidemment menace d'accidents graves mais rien n'est encore perdu. Cependant, il y a des réserves à faire sur l'état de l'intestin étranglé depuis huit jours.

L'opération est faite à 4 heures, le 7 janvier 1892, par M. Jeannel.

Dans la hernie on trouve presque tout l'épiploon, légèrement adhérent au sac et recouvrant une anse d'intestin grêle, violette, mais sans lésion.

L'anneau est peu serré, et l'on fait quatre débridements de 4 ou 5 millimètres. L'anse attirée est saine ; ascite peu abondante ; excision de l'épiploon ; exploration de la tumeur dont la face supérieure affleure l'ombilic ; c'est un fibrome bien mobile.

Cure radicale assez pénible.

Guérison.

La malade a été revue en avril 1895 ; la guérison est complète ; le fibrome persiste sans augmenter.

OBSERVATION XII (Inédite), résumée.

Dûe à l'obligeance de M. Faure, chirurgien des hôpitaux.

Louise H. . . , sage-femme, est admise d'urgence à l'hôpital de la Pitié, dans la nuit du 29 août 1895, pour un étranglement herniaire ombilical.

Appelé aussitôt, je juge que l'intervention doit être pratiquée sans retard. C'est une femme énorme à tel point que le secours de six aides est nécessaire pour la placer sur la table d'opération ; elle porte une hernie ombilicale grosse comme le poing, qui depuis la veille présente tous les symptômes de l'étranglement.

Etat général assez satisfaisant.

Opération. — Incision des tissus jusqu'au sac ; ouverture du sac dans lequel on trouve une masse épiploïque violacée, baignée par un liquide sanguinolent.

L'anneau ombilical, relativement étroit, est l'agent de l'étranglement. La résection de l'épiploon est faite.

Omphalectomie. — Le sac est complètement enlevé ainsi qu'une

Chérut

partie de la paroi abdominale. C'est une véritable laparatomie de 20 centimètres de long. Fort surjet au fil de soie, autre suture au crin de Florence. Suites opératoires bonnes et 12 jours après l'opération la malade sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. Michaux, chirurgien des hôpitaux).

Hernie ombilicale étranglée. — Septicémie gangréneuse de la paroi. Résection de l'épiploon et de l'anse intestinale. — Mort.

Femme D..., admise d'urgence, le 26 mars 1900. Le chirurgien de garde, M. Mauclair, appelé aussitôt, porte le diagnostic de phlegmon stercoral et refuse d'opérer. Glace, sérum.

Examen. — Grosse tumeur ombilicale bosselée, irrégulière. La peau par endroits présente des reflets verdâtres, surtout la peau du nombril qui est déjà noire.

La masse est indurée et indolore.

La malade a été à la selle la veille au matin, elle a beaucoup vomi chez elle.

Le lendemain 27, M. Michaux, après avoir constaté que le mauvais état de la hernie a fait des progrès, que la teinte verdâtre s'étend assez loin dans la paroi abdominale, mais que l'état général est bon, se décide à intervenir. Le pouls et la température sont bons jusqu'à la fin.

Opération. — Incision sur la ligne médiane, ouverture du sac. Grosse masse épiploïque verdâtre, baignant dans un liquide sa-
pieux et très fétide.

Anse intestinale ayant déjà subi un commencement de gangrène.

Réséction de la masse épiploïque.

Réséction de l'anse intestinale. Suture des 2 extrémités (que M. Michaux croit être celles du colon transverse), à la paroi abdominale, débridement.

Large cautérisation de la paroi au fer rouge.

Deux grosses franges graisseuses infiltrées sont enlevées au thermocautère de chaque côté.

Large pansement à la gaze iodoformée, drains dans les 2 anses.

Le 28. — Pansement propre, pas de matières fécales, purgation légère, limonade purgative.

Le 29. — On ne trouve toujours pas de matières. Aucun gaz ne s'échappe. Vomissements, hoquets. De grands lavements dans les drains ne donnent rien.

Vers quatre heures, la malade ranimée un instant par une injection de sérum, meurt en vomissant.

Autopsie. — La plaie est belle : l'ouverture de l'abdomen décèle un peu de péritonite herniaire, mais très restreinte. Seulement, au niveau du collet du sac, une anse de l'intestin grêle est accolée à la paroi et forme une coudure s'opposant au passage des matières.



Conclusions

I. — Il importe au point de vue anatomique de distinguer dans l'étranglement ombilical, la hernie de gros volume irréductible depuis longtemps formée par l'agglomération d'anses intestinales et d'épiploon intimement fusionnés, et les hernies de petit volume.

II. — La marche de l'étranglement est différente dans les deux cas : elle revêt une *allure aigüe* dans les hernies de petit et de moyen volume ; elle prend, au contraire, une *marche chronique* qui n'en est pas moins fort à redouter dans les hernies volumineuses ; l'étranglement se développe alors avec des allures insidieuses ; on qualifie les accidents du début, d'inflammation, terme trompeur, qui fait reculer le moment opportun de l'intervention ; à la soi-disant inflammation du début, succède tardivement l'étranglement véritable, et lorsque l'on songe à intervenir, l'état généralement très grave dans lequel se trouvent les sujets porteurs de ces volumineuses hernies, rend toute opération bien hasardeuse.

III. La kélotomie s'impose dans tous les cas, dès que le

diagnostic de hernie étranglée est fait. La kélotomie est une opération de nécessité qui doit être pratiquée le plus rapidement possible après le début des accidents. En présence de hernies volumineuses, en cas de doute sur l'existence d'un véritable étranglement, mieux vaut croire à un étranglement qui n'existe pas et intervenir chirurgicalement, que méconnaître l'étranglement lorsqu'il est constitué. Toutes les fois que la chose sera possible, la kélotomie sera complétée par la cure radicale de la hernie, avec reconstitution soignée de la paroi abdominale.

Parfois, mais ce n'est là qu'un pis-aller applicable aux très volumineuses hernies non réductibles, et observées chez des sujets où il y a tout intérêt à ne pas prolonger l'acte opératoire, on pourra se contenter d'un simple débriement de l'anneau d'étranglement.

IV. Les résultats fournis par l'opération dans la hernie ombilicale étranglée sont loin d'être encore satisfaisants. La mortalité prise en bloc est de 53 %, chiffre qui nous paraît encore inférieur à la réalité, ainsi que nous l'avons dit précédemment.

Vu : Le Président de la Thèse,
TILLAUX,

Vu : le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

Archives provinciales de Chirurgie. Tome I : n° 3, 1^{er} sept. 1892.

BARRIER. — Thèse de Paris, 1888-89. De la cure radicale des hernies ombilicales.

BAZY. — Cure radicale des hernies. France médicale (25 et 27 janvier 1887).

BERGER. — Traité de chirurgie. Tome VI, article : hernies.

— Bullet. et mém. de la Société de Chirurgie, Paris, 1886, n°s XII, 219-221.

— Revue des sciences médicales, 15 oct. 1888.

BOIFFIN. — Th. de Paris, 1887. Hernies adhérentes au sac; accidents, thérapeutique.

BONNET. — Thèse de Paris, 1887.

BOURGERY et JACOB. — Médecine opératoire. Tome VII.

Bulletin de la Société de Chirurgie, 1881.

CASTERET. — Thèse de Lyon, 1892-93.

CATTEAU. — Thèse de Paris, 1876.

DECHAMBRE. — Dictionnaire, tome XV, article ombilic.

DEMARQUAY. — Nouveau procédé opératoire pour la hernie ombilicale étranglée. Bulletin de thérapeutique, 1874.

DESPRÈS. — Bullet. et mém. Soc. de chirurgie, Paris, 1875.

DESPRÈS et GUÉRIN. — Hernie ombil. étranglée avec opération et guérison. Bullet. Société de Chirurgie, 21 et 28 avril 1875.

- DUPLAY. — Thèse de concours, 1866. Hernies ombilicales.
- FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, tome IV.
- GARNIER. — Thèse de Paris, 1877. Accidents des hernies ombilicales.
- Gazette des hôpitaux, 1892, p. 927.
- GIRODOLLE. — Thèse de Paris, 1869.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies.
- GOYRAND D'AIX. — Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie. Paris 1861, 1862.
- HUGUIER. — Bulletin Société de chirurgie, 1861.
- JACCOUD. — Dictionnaire.
- LAWSON TAIT. — British Med. Journal London, 1883, tome II, p. 1118.
- LAFFON. — Thèse Paris, 1860.
- LE DENTU et MARDUEL. — Art. ombilic. Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.
- LEJARS. — La hernie ombilicale étranglée. Presse méd. 1896.
- LEJARS. — Chirurgie d'urgence.
- LOUPIE. — Thèse de Paris, 1880.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — 1° Cure radicale des hernies, 1892 ; 2° Journ. de méd. et chir. pratiqu., 10 oct, 1892.
- MOLLIÈRE. — Leçons de clinique chirurg. 1888.
- NICAISE. — Dict. encyclop. des sc. médicales : art. ombilic.
- OLLIVIER (Rouen). — Bulletin société de chirurgie, 1875.
- PERRIN. — Bullet. et mém. soc. de chir. de Paris, 1861-1862.
- PEYROT. — Manuel de pathologie externe.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- POULET et BOUSQUET. — Path. ext., tome III.
- POSSEMÉ. — Thèse de Paris, 1881.

RECLUS. — La kélotomie dans les hernies ombilicales étranglées.

Clinique et critique chirurg., Paris 1884.

RICHET. — Anatomie médico-chirurgicales.

RICHET. — Echo médical, 25 février 1888.

SANGER. — Radical operation grosser nicht eingeklemmter Wad-
delbrüche. Centralbl f. Gynakol. 1890, t. XIV, p. 473.

SACHS. — Die Facia umbilicalis, in Arch. f. path. Anatomie, 1887.

TERRIER. — Considérations cliniques sur la hernie omb. étranglée,
Bullet. soc. chirurg. n. s. t. VII, 1884.

TERRIER. — Revue de chirurgie, 1886, VI, 985-1007,

TERRILLON. — Gazette des hôpitaux, 1888, n° 48.

TILLAX. — Cliniques.

TILLAX. — Traité d'anat. topogr. région ombilicale.

TRÉLAT. — Rev. de clin. et de thérap., 12 janv. 1888.

VIDAL DE CASSIS. — Thèse d'agrégation, 1848.

